

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS**

Année 1969

N° **15**.....

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

LOUIS DEUMIE

NE LE **26 MAI 1940** A **POINTE-A-PITRE (GUADELOUPE)**

INTERNE DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Présentée et soutenue publiquement le **12 JUIN 1969** 19..

PERIMETAZINE

et

PSYCHOTHERAPIE

[A PROPOS DE 38 OBSERVATIONS CLINIQUES]

PRESIDENT: MONSIEUR LE PROFESSEUR FRESSINAUD

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545907_0006

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

Année 1969

N°

T H E S E

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

LOUIS DEUMIE

NE LE 26 MAI 1940 A POINTE-A-PITRE (GUADELOUPE)

INTERNE DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Présentée et soutenue publiquement le

19 ..

PERIMETAZINE

et

PSYCHOTHERAPIE

[A PROPOS DE 38 OBSERVATIONS CLINIQUES]

PRESIDENT: MONSIEUR LE PROFESSEUR FRESSINAUD



FACULTE MIXTE de MEDICINE et de PHARMACIE d'ANGERS

Professeurs Honoraires de l'Ecole Nationale :

MM. DAVID, ROUSSEAU, SARAZIN, AMSLER

Le Président du Conseil Transitoire : M. J.C. RENIER

Assesseur : M. H. GERMAIN

I - PROFESSEURS

a) Professeurs Titulaires :

MM COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
GUNTZ	Anatomie
HERISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie Chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
OURY	Clinique pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
RENIER	Rhumatologie
ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologie
SIMARD	Anatomie Pathologique

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM HOCQUET	Parasitologie (M. C. A.)
PARSY	O.R.L.
PERTUS	Urologie
ROGNON	Chirurgie Générale

III - A G R E G E S

MM GODLEWSKI
TESTARD
THUAU

Neurologie et Psychiâtrie
Pédiatrie
Pathologie Médicale

IV - MAITRES de CONFERENCES AGREGES

MM AUGEREAU
BAILLY
Mme CAVELLAT
MM CARON
COULLAUD
FRESNEAU
HY
JOUBAUD
PILLET
PILLOT
PLANE
Mlle PRELOT
MM TADEI
de VERNEJOUL

Pharmacodynamie
Physique
Anesthésiologie
Electroradiologie
Physiologie
Médecine Générale et Thérapeutique
Dermatologie
Médecine Générale et Expérimentale
Anatomie
Bactériologie
Chirurgie Générale
Zoologie
Thérapeutique
Physique Médicale

Secrétaire de la Faculté M. R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université ... Mme GALKOWSKI

Par délibération en date du 28 janvier 1966
La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MA FAMILLE

A FRANCOISE et CLAUDINE

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de mon affection

A NOTRE PRESIDENT de THESE

Monsieur le Professeur FRESSINAUD
Titulaire de la Chaire de Clinique Médicale B
Médecin des Hôpitaux

L'intérêt très vif qu'il a manifesté pour
l'avenir de la Psychiâtrie nous a conduit
à solliciter, pour ce modeste travail, son
patronnage.

Il nous a fait le très grand honneur de pré-
sider cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le gage de
notre reconnaissance.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur GOYER
Titulaire de la Chaire de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur MENARD
Titulaire de la Chaire d'Hygiène
et de Médecine Sociale
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur TADEI
Professeur Agrégé de thérapeutique
Médecin des Hôpitaux

Ils ont bien voulu siéger à notre Jury de Thèse.
Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
gratitude.

A Monsieur le PROFESSEUR P O R O T

Titulaire de la Chaire de Clinique
Neurologique et Psychiâtrique de CLERMONT-FERRAND
Médecin des Hôpitaux
Chevalier des Palmes Académiques

Les Fonctions d'Externe que nous avons assumées dans
son Service ont déterminé notre orientation.
Après de lui, nous avons compris l'importance du pre-
mier contact, et découvert la fécondité du dialogue
médecin-malade.
Sa simplicité, son souci constant d'aider constituent
à jamais pour nous un exemple.

A Madame le Docteur ARISTE-LE BAS

Médecin-Chef de Service au Centre Psychothérapique
de Ste Gemmes-sur-Loire

Avec l'assurance de notre profond respect.

Pour le malade, le médicament est une chose matérielle qui renferme quelque chose de mystérieux, d'indéfinissable, de bénéfique.

Il définit la plus chaleureuse et la plus sympathique des inter-relations sociales. C'est pourquoi il est chargé de tant d'humanité.

Louis REVOL

I - INTRODUCTION

Tout n'a-t-il pas été dit sur le long cheminement de la thérapeutique psychiâtrique, balisée par les deux étapes que furent les méthodes de choc et la découverte du LARGACTIL en 1950 ?

Depuis cette date, de très nombreuses substances psychotropes sont venues enrichir la pharmacopie. Elles sont classées par DELAY en trois groupes : 1° les Psychodysleptiques : qui, en perturbant l'activité psychique, induisent des expériences hallucinogènes et onirogènes.

2° les Psychoanaleptiques, dont la propriété est de stimuler la vigilance ou d'inverser l'humeur triste en provoquant l'euphorie.

3° les Psycholeptiques, qui abaissent le tonus mental. Parmi ceux-ci, on distingue : - les hypnotiques, capables de produire le sommeil.

- les tranquillisants, qui calment l'anxiété, l'irritabilité et la tension névrotique.

- les neuroleptiques, doués d'une action antipsychotique. Les neuroleptiques sont issus de trois familles chimiques : 1) les alcaloïdes de Rauwolfia

2) les butyrophénones, doués de propriétés antipsychotiques puissantes.

3) les dérivés de la phénothiazine

- à chaîne aliphatique (linéaire ou ramifiée) ; qui possèdent les qualités sédatives, anxiolytiques et antalgiques. Leur chef de file est la Lévomépromazine ou Nozinan.

- à chaîne latérale pipérazinée qui, telle la Thiopropérazine ou Majeptil, ont une remarquable activité antipsychotique.

La Périmétazine (1), qui fait l'objet de notre étude, est entrée dans l'arsenal thérapeutique en 1960, à la suite des travaux de REQUET.

C'est une substance dérivée de la Phénothiazine qui, par sa formule chimique, s'apparente à la fois aux neuroleptiques sédatifs et incisifs. Cette bivalence pharmacodynamique est à la base des propriétés originales que REQUET a le mérite d'avoir décelées le premier.

Notre première expérience de la Périmétazine s'est déroulée dans le Service du Professeur POROT. Ensuite, encore presque inconnu, nous l'avons prescrit dans le Service de Madame ARISTE-LE BAS, au Centre Psychothérapique Départemental de Sainte Gemmes-sur-Loire. C'est là que nous avons recueilli les observations rapportées dans cet ouvrage.

Ces observations constituent habituellement la partie la plus importante d'une thèse de thérapeutique. Pour nous, elles ne seront que l'occasion de poser, à nouveau, le problème de la relation entre le Médecin et le malade, en dépassant l'entité purement pharmacodynamique du traitement des maladies mentales.

(1) - Périmétazine ou 1317 AN

commercialisée sous le nom de LEPPRYL

II - Etude PHARMACOLOGIQUE

P E R I M E T A Z I N E

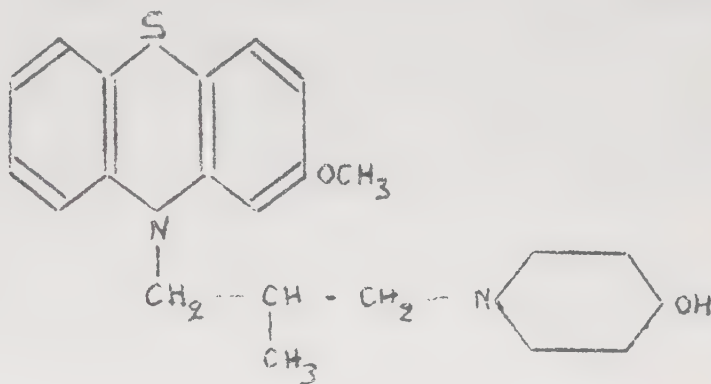
- - - - -

Périmétazine : 1317 A.N. (9159 R.P.)

Méthoxy 3 (hydroxy 4" pipéridino) - 3' méthyl - 2' propyl

10 Phénothiazine

FORMULE :



Le composé 1317 A.N. est un dérivé de la Phénothiazine appartenant au groupe des neuroleptiques dans la classification des drogues psychotropes.

Nous pouvons remarquer que la formule du 1317 AN comporte une chaîne latérale aliphatique ramifiée qui la rapproche de la Lévomépromazine, donc du chef de file des neuroleptiques sédatifs. La présence, sur cette chaîne d'un hétérocycle, le rapproche également de la thiopropérazine, donc du chef de file des neuroleptiques incisifs.

Ces constatations laissent déjà supposer des propriétés originales du produit.

L'étude du 1317 A.N., chez l'animal, grâce à une véritable "batterie" d'épreuves a été effectuée avec rigueur. La pharmacologie peut déceler la toxicité d'une drogue, sa nature neuroleptique et orienter ainsi utilement le clinicien vers des essais thérapeutiques avec une certaine chance de succès. Seule l'expérimentation clinique permet de dire s'il s'agit bien d'un médicament psychotrope (BOISSIER).

TOXICITE :1° Toxicité aiguë

La dose qui tue la moitié des animaux en expérience (D L 50) est exprimée ci-dessous en mg / Kg de 1317 A.N., suivant la voie d'administration chez la souris et en comparaison avec la Lévomépromazine :

Voie d'administration	1317 A.N.	Lévomépromazine
I. V.	114	81
I. P.	130	135
S. C.	438	327
P. C.	400	340

On n'observe pas de différence importante entre la toxicité aiguë de ces deux produits, quelle que soit la voie d'administration : le 1317 A.N. serait plutôt moins toxique par voies I.V. et S.C.

Chlorpromazine	= Largactil
Lévomépromazine	= Nozinan
Prochlorpémazine	= Témentil - Sténétil
Aminopromazine	= Lispanol
Prométhazine	= Phénergan

Les signes de toxicité du 1317 A.N. sont les mêmes que ceux de la Lévomépromazine (profonde torpeur). Les animaux meurent par arrêt respiratoire.

2° Toxicité chronique

tidienne pendant 1 mois chez le rat et le chien de doses de 5 et 10 mg/Kg, ce qui représente le 1/40ème de la D L 50 par Kg p.o. souris.

Les chiens recevant la plus forte dose ont tous présenté une sédation nette (sans torpeur et sans attitudes figées) avec tendance dépressive (parésie légère, surtout du train postérieur), ces phénomènes ayant tendance à s'atténuer progressivement avec la poursuite du traitement.

La courbe de poids des animaux traités est restée à peu près superposable à celle des animaux témoins.

Les examens biologiques ont mis en évidence chez tous les animaux traités, surtout à la plus forte dose, une albuminurie légère et, chez les chiens, une baisse de l'élimination de la P.S.P. Il n'est pas certain que ces troubles d'ailleurs inconstants, des fonctions hépatique et rénale soient imputables au 1317 A.N., car ils peuvent se rencontrer chez l'animal non traité.

Les examens hématologiques ont montré, chez le chien seulement, des chutes légères du nombre des globules rouges sans caractère de gravité, le retour à la normale s'effectuant en cours de traitement.

L'examen histologique n'a pas mis en évidence d'altération significative des organes examinés (reins, foie, poumons, estomac, intestin, pancréas, rate, thyroïde, surrénales, glandes sexuelles).

PHARMACOLOGIE .

1° Action sur le système neuro-végétatif.

a) système orthosympathique .

A la dose de 1 mg/ Kg i.v. , le 1317 A.N. réduit de moitié le crochet hypertenseur de l'adrénaline alors que la lévomépromazine l'inverse.

Le 1317 A.N. est un antidote deux fois moins actif que la lévomépromazine vis à vis de l'intoxication aiguë par l'adrénaline (protège la souris contre 4 doses 50 % toxiques alors que la lévomépromazine protège contre 8)

Dans le cas de la noradrénaline, le 1317 A.N. de même que la lévomépromazine, provoque une inhibition partielle des effets hypertenseurs de cette hormone

Le 1317 A.N. ne réduit que de 50 % l'hypertension neurogène obtenue par l'occlusion des carotides alors que la lévomépromazine l'annule presque complètement.

Le 1317 A.N. n'engendre pas d'hypotension orthostatique à la dose de 1 mg / Kg i.v.

A la dose de 1 mg / Kg le 1317 A.N. ne diminue pratiquement pas les effets excito-ganglionnaires de la nicotine.

b) système parasymphathique .

L'activité parasymphathicolytique du 1317 A.N. est très faible . En effet, le 1317 A.N. à la dose de 1 mg / Kg i.v. se montre pratiquement inactif sur l'hypotension provoquée par l'acétylcholine ou par l'excitation du bout périphérique du vague.

2° Action sur le système cardio-vasculaire .

Chez le chien chloralosé, le 1317 A.N. est notablement moins hypotenseur que la lévomépromazine.

L'administration d'une dose de 1 mg/Kg i.v. de 1317 A.N. ne modifie pas le tracé électrocardiographique. A cette dose, le 1317 A.N. provoque une tachycardie transitoire (plus faible qu'avec la lévomépromazine).

3° Action sur le système nerveux central.

Dans les techniques qui rendent compte de l'action sédatrice et neuroleptique d'un produit (mesure de l'activité spontanée chez la souris, test de la traction, étude du réflexe conditionné chez le rat, potentialisation de narcose, action hypothermizante) on constate que l'action sédatrice du 1317 A.N. est identique à celle de la lévomépromazine et de ce fait se trouve être deux à trois fois plus grande que celle de la chlorpromazine (la D E 50 du 1317 A.N. est, suivant la technique, de 2 à 5 mg / Kg p.o. souris)

L'activité antispomorphine (anti-émétique) du 1317 A.N. chez

le chien est très satisfaisante puisque 5 fois supérieure à celle de la Prochlorpémazine par voie orale et 15 fois pour la voie sous-cutanée (la Prochlorpémazine étant elle-même respectivement 5 et 3 fois plus active que la Chlorpromazine dans ce test).

L'action cataleptique du 1317 A.N. est de même importance que celles de la Lévomépromazine et de la Chlorpromazine, c'est-à-dire que ces produits n'engendrent la passivité chez l'animal qu'à des doses qui provoquent une très grande hypotonie (à partir de 50 mg/ Kg p.o. pour les trois produits).

4° Actions diverses .

a) action analgésique .

Les résultats obtenus dans les cinq techniques suivantes (Hesse, d'Amour et Smith, Jacob, algographie électronique par électrode caudale et algographie électronique par électrode rectale) montrent que le 1317 A. exerce par voie s.c. et par voie orale, une action qui est tout à fait superposable à celle de la lévomépromazine, ces deux produits se montrant 5 à 6 fois plus actifs que la chlorpromazine dans ces différents tests.

b) action anti-convulsivante .

L'action anti-convulsivante du 1317 A.N. est nulle vis-à-vis de l'électrochoc supramaximal de la souris.

c) action spasmolytique .

Les effets spasmolytiques (spasmes à l'acétylcholine et au chlorure de baryum) du 1317 A.N. sont très voisins de ceux de la chlorpromazine et restent très inférieurs à ceux de l'aminopromazine.

d) action anti-histaminique .

Le 1317 A.N. est doué d'un pouvoir anti-histaminique notable, bien qu'inférieur à ceux de la lévomépromazine et de la prométhazine.

Dans le test de Bovet-Staub, le 1317 A.N. se montre 4 à 5 fois moins actif que la lévomépromazine, mais son activité est voisine de celle de la prométhazine.

Dans le test de Schaumann, le 1317 A.N. est environ 20 fois moins actif que la lévomépromazine et la prométhazine et 10 fois moins dans

Enfin, dans le test du choc anaphylactique, le 1317 A.N. s'est montré environ 3 fois plus actif que la lévomépromazine et 2 fois plus que la prométhazine.

e) action anti-oedémateuse .

Le 1317 A.N. possède une activité puissante vis-à-vis de l'oedème du dextrane chez le rat (environ 5 à 7 fois celle de la chlorpromazine).

f) action anti-sérotonine .

In vitro, sur utérus de rate, elle est du même ordre que celle de la lévomépromazine, c'est-à-dire un peu supérieure à celle de la chlorpromazine.

g) action sur la cholérèse .

Le 1317 A.N. a, contrairement à la lévomépromazine, et à la chlorpromazine, une légère tendance à augmenter la cholérèse du rat.

ORIENTATIONS THERAPEUTIQUES.

L'action pharmacologique du 1317 A.N. et les premiers essais cliniques permettent d'envisager son utilisation thérapeutique en :

- Psychiatrie comme neuroleptique et tranquillisant
- Médecine générale comme tranquillisant,
antalgique,
anti-émétique,
anti-tussif
- Anesthésiologie comme potentialisateur des anesthésiques

III - C O N D U I T E du TRAITEMENT

1^o Présentation

2^o Conduite du Traitement

3^o Matériel Clinique

Présentation du produit

La Périmétazine peut être administrée par :

- voie orale

comprimés sécables à 5 et 25 mg

comprimés à 100 mg

gouttes à 4 % (1 goutte = 1 mg)

- voie rectale

suppositoire à 5 mg

- voie parentérale

ampoules injectables à 1 ml dosées à 10 mg

Conduite du traitement

Nous avons utilisé les trois formes de présentation du produit :

- la forme injectable a été quelquefois utilisée au début pour calmer rapidement un état d'agitation
- la voie rectale a été fréquemment utilisée, en particulier chez le vieillard
- la voie orale a été le mode d'administration habituel :
 - sous les deux formes, gouttes et comprimés dans le Service
 - sous la forme de comprimés uniquement, pour les cures ambulatoires

La durée du traitement s'est étalée sur des périodes variant de 10 jours à un an. Nous n'avons pas rapporté les observations pour des périodes d'administration inférieures à une semaine.

Lorsque le 1317 A.N. était utilisé comme neuroleptique, les posologies de départ ont été de 75 Mg dans la plupart des observations, à l'exception de la forme injectable pour laquelle la dose n'a jamais dépassé 30 mg. Dans ce dernier cas, le traitement était complété par l'administration de suppositoires le soir.

L'augmentation de la dose initiale a été progressive par paliers de 25 à 50 mg chaque jour, pour parvenir à la dose maximum de 400 mg.

Lorsqu'il a été utilisé comme tranquillisant, la posologie a été de 30 mg par jour.

La dose quotidienne a été dans tous les cas répartie en trois prises, à heure fixe (7 H, 12 H, et 20 H)

Observations

L'effet thérapeutique a été noté sur un certain nombre de symptômes, tels l'agitation, l'excitation, l'angoisse, les hallucinations et l'automatisme mental, la production et la conviction délirantes, l'apragmatisme et enfin les troubles du contact.

L'importance de ces symptômes avant et après traitement a été coté de la façon suivante :

- symptômes très marqués : +++
- symptômes notables : ++
- symptômes discrets : +
- symptômes absents : 0

En même temps, furent relevés les effets secondaires aussi bien dans le domaine psychique que somatique. Des contrôles réguliers du pouls, de la température et de la tension artérielle furent exécutés.

Des examens biologiques ont été pratiqués systématiquement en cours de traitement. Ils portaient sur la glycémie, l'albuminurie et sur les éléments figurés du sang.

Traitements associés

Chaque fois que la chose a été possible, le produit a été administré sans être associé à d'autres neuroleptiques. Il en a été ainsi notamment pour les malades qui faisaient leur premier séjour en milieu psychiatrique. Dans certains cas ont été associés soit d'autres neuroleptiques, soit des thymoanaleptiques. Enfin, les médications associées à visées somatiques n'ont pas été mentionnées dans les observations.

Matériel Clinique .

Nous avons traité au LEPTRYL 38 malades dont l'âge s'échelonne de 17 à 89 ans.

L'éventail nosologique comporte des psychoses, des névroses et des états séniles.

PSYCHOSES - 20 cas

- Schizophrénie : 4 cas
- Psychose Périodique : 4 cas
- Délire Chronique : 7 cas
- Mélancolie délirante : 2 cas
- Confusion Mentale : 1 cas
- Psychose puerpérale : 1 cas
- Démence paranoïde : 1 cas

NEVROSES - 13 cas

- Hystérie : 5 cas
- Névrose obsessionnelle : 1 cas
- Névrose d'abandon : 1 cas
- Névrose d'angoisse : 1 cas
- Etat dépressif névrotique : 1 cas
- Troubles caractériels : 3 cas
- Psychasthénie : 1 cas

ETATS MENTAUX SENILES - 5 cas

- Démence sénile : 1 cas
- Instabilité caractérielle sénile : 1 cas
- Mélancolie d'involution : 1 cas
- Délire de persécution : 1 cas
- Déséquilibre psychique avec toxiphilie : 1 cas

IV - OBSERVATIONS

H Y S T E R O - E P I L E P S I E

Madame DES..... 30 ans -

Grande névropathe très intelligente, traitée depuis 8 ans.

Son hospitalisation actuelle a débuté le 4 Novembre 1967

Mésentente conjugale - ne s'occupe pas de sa maison, ni de son enfant
 Activité clastique avec impulsions à gifler l'entourage - Menace de suicide - Chutes spectaculaires hystériques - Périodes dépressives ; aboulie et préoccupations hypocondriaques - Immaturité affective.

Epilepsie bien stabilisée.

Milieu familial pathologique : père - s'adonne à l'occultisme
 mère - volage
 (les parents sont divorcés)

La malade a reçu divers traitements neuroleptiques qui n'ont amené que des périodes très courtes d'amélioration.

A l'occasion d'un changement de pavillon, on lui administre du 1317 A.
9 Septembre 1968 . 3 ampoules I.M. par jour - pendant 10 jours

effet spectaculaire : la malade est calme, docile, n'est plus impulsif

Accepte les remontrances - se montre plus sociable. Se plaint d'être assommée par le traitement.

19 Septembre 1968 . 60 gouttes de Périmétazine

l'amélioration se poursuit ; des entretiens quotidiens permettent de suivre l'évolution favorable - prise de conscience de l'état morbide - accéptation d'une séparation conjugale.

Le traitement est maintenu jusqu'à sa sortie, qui a lieu le 3 Avril 1969.

Incidents -

Perte des urines.

Somnolence. au début.

H Y S T E R O - E P I L E P S I E

Mademoiselle HES..... 22 ans -

Troubles du caractère et de l'humeur, liés à une comitialité apparue après une encéphalopathie de la première enfance.

Hospitalisée dans le Service pour la première fois, le 20 novembre 1968, à la suite d'une tentative de suicide par défénestration.

Antécédent de tentative de suicide en Janvier 1967.

S'adonne à la boisson quand elle est seule chez elle - Crises d'excitation - Court après les garçons - Conflit familial : parents divorcés
père alcoolique

Dès son entrée, la malade est mise à la Périmétazine :

3 ampoules I.M. à 10 mg - pendant 3 jours

3 comprimés à 25 mg - depuis 5 mois

Dans le Service, la malade n'a présenté aucun signe d'excitation. Elle est calme, peu expansive mais aimable ; elle se rend utile ; s'occupe à l'ergothérapie.

Elle quittera l'Hôpital dans une semaine.

Incident -

Légère hypotension - corrigée par 3 comprimés d'Heptamyl
50 gouttes de D.H.E.

HYSTERO - EPILEPSIE

Mademoiselle FAY..... 26 ans --

Parents instituteurs - milieu familial rigide et sur-protecteur. Beaucoup de tabous dans la famille.

Crises comitiales depuis l'âge de 12 ans. Niveau scolaire moyen.

Entrée au C.P.D. de Ste Gemmes le 24 Octobre 1968

Anxiété très importante - comportement hystérique spectaculaire : crises d'agitation, se laisse tomber de son lit, pousse des cris, pseudo-paralysie, renverse sur son lit ses aliments, brise les assiettes, se sculpe au lit, parle de façon théâtrale, s'accroche aux personnes qui s'approchent d'elle.

L'examen psychologique révèle des tendances introversives avec sentiments d'infériorité. Au test de Rorschach, elle apparaît comme schizophrène. De fait, on retrouve cliniquement, des traits de schizofrénie comme cela est fréquent chez les hystériques épileptiques.

Traitement -

Pendant 4 mois, la malade est traitée par divers neuroleptiques (Diazepam, Alimémine, Chlordiazepoxide, Lévomépromazine) en plus de son traitement anti-comitial.

Modification favorable du comportement. S'occupe dans le Service, aide une autre malade. Anxiété diminuée, mais persistance des traits hystériques, instabilité psychique, ambivalence et sourires inmotivés.

26 Février 1969 -

Périmétazine 50 mg.

Au bout de 2 mois 1/2 de traitement par ce produit, la malade est plus stable. Les traits hystéroïdes se sont estompés.

Une réorientation professionnelle est envisagée, vers une profession valorisante (secrétariat para-médical). Doit être soustraite au milieu

H Y S T É R I E

Madame GBO..... 31 ans -

Antécédent de psychonévrose anxieuse ayant débuté il y a 8 ans.
3ème séjour dans le Service.

Entrée le 20 Avril 1968

Pour un état dépressif - ne s'occupe plus de son ménage, ni de ses enfants ; cherche à s'isoler - Idées de suicide sans désir d'exécution.

Dans le Service, humeur labile, crises de larmes, exoression spectaculaire de l'angoisse : sensation d'étouffement, de constriction au niveau de la gorge, désir de mourir pour en finir avec la souffrance.

Comportement hystérique spectaculaire - Frigidité.

Traitement -

22 Avril : 3 ampoules I.M. à 10 mg de Périmétazine

23 Avril : 3 comprimés à 25 mg

ensuite augmentation progressive jusqu'à 400 mg

Au bout d'une semaine de traitement, l'anxiété a disparu, les manifestations hystériques se sont estompées ; la malade a un bon contact avec les autres pensionnaires - Elle se plaint de somnolence - Cependant, elle présente des phases de tristesse avec doute sur les chances de réussite du traitement.

Au bout d'un mois, on associe 1317 A.N. plus 150 mg d'Amitriptyline. L'association se révélant efficace, la malade sort 10 jours plus tard.

Excellente action sur les manifestations d'angoisse.

H Y S T E R I E

- - - - -

Mademoiselle LEB..... 31 ans -

Cultivatrice.

Antécédents de "crises nerveuses".

A présenté des crises d'agitation à la suite de "contrariétés" : disputes avec ses employeurs soldées par un licenciement.

Tableau de contracture musculaire généralisée avec membres supérieurs en flexion - pronation - attitude théâtrale - angoisse somatisée, pleurs céphalées.

Traitement -

- Chlorpromazine 75 mg pendant 15 jours
aucun effet : reste instable, comportement peu cohérent, angoisse persiste, se plaint de malaises
- 1317 A.N. du 31 Octobre au 13 Novembre
dose 75 mg par jour
l'angoisse disparaît - la malade se sent bien et sort contre avis médical le 14 Novembre
elle ne suit pas de traitement ambulatoire et sera réhospitalisée par la suite à deux reprises

NEVROSE OBSESSIONNELLE

Madame GEN..... 30 ans - mariée - 3 enfants -

1ère hospitalisation : du 26 Mai au 13 Juillet 1967

pour un état dépressif avec préoccupations hypocondriaques. Traitée
par : Triméprimine

Diazepam

2ème hospitalisation : le 21 Mai 1968

syndrome mélancolique : anorexie, autodépréciation, insomnie, pleurs
fréquents, asthénie - Vomissements au moment des règles, agitation psycho-
motrice - idées noires.

Plusieurs fois la malade part sur la route et essaie de se jeter sous
les voitures.

Traitement : Alimemazine et Phénobarbital

puis Trimeprimine et Lévomépromazine

15 Juin 1968 : Périmétazine

150 mg pendant 5 jours

associé à 100 mg de Trimeprimine

La malade extériorise un syndrome obsessionnel : peur des couteaux,
de tout ce qui coupe - Peur de faire mal aux autres - Ce sont ces mani-
festations obsessionnelles qui la poussent au suicide au cours de raptus
anxieux.

Le traitement fait céder l'anxiété

20 Juin 1968 : 1317 A.N. 300 mg par jour

progressivement, les "idées noires" disparaissent, l'obsession se
dissipe.

La malade est pratiquement guérie de ses symptômes morbides à sa sortie
le 11 Juillet 1968.

Elle poursuit son traitement chez elle à la dose de 250 mg de 1317 A.N.
par jour, associé à 100 mg de Triméprimine.

Observation n° 7

N E V R O S E D ' A B A N D O NMademoiselle VIN..... 18 ans -

Antécédents familiaux inconnus.

Présente une malformation nasale (absence de cloison).

Elevée par une nourrice dès la naissance - Placée au foyer de l'Enfance depuis 10 ans - Scolarité jusqu'à la classe du C.E.P. -

Bonne intelligence.

1ère hospitalisation - le 31 Août 1967

Crise d'excitation psycho-motrice avec agressivité - Troubles du comportement antérieurs - Isolement affectif - Humeur instable.

Traitée par Imipramine et Propériciazine

A sa sortie, placée dans un Hospice comme femme de ménage.

2ème hospitalisation - le 26 Juillet 1968

Opposition, tendance aux fugues - Déséquilibre psychique avec troubles de l'humeur - Réflexes de défense dès qu'on l'approche (peur d'être battu). Très difficile dans le Service ; opposante, agitée - Refus d'aliments.

Traitée par Chlorpromazine qui s'avère inefficace

1317 A.N. à la dose de 100 mg par voie orale - pendant 7 jours
puis 150 mg pendant 4 jours

Aucun effet sur l'excitation psycho-motrice, mais la malade n'absorbe vraisemblablement pas son traitement. On passe alors à :

3 ampoules à 10 mg, et on associe des séances de sismothérapie (4 en 8 jours).

Amélioration considérable : accepte la visite de sa nourrice, qui lui fait beaucoup plaisir - elle est gaie, parle facilement.

Le traitement est poursuivi après arrêt de la sismothérapie. On constate que le contact avec la malade continue de s'améliorer, et on apprend

que son réflexe de défense est dû à ce qu'elle a peur d'être battue "comme au Foyer de l'Enfance".

De fréquents entretiens avec la malade amènent une amélioration très nette, mais, à l'occasion d'un changement de pavillon, le traitement est modifié.

La malade continue à aller mieux.

Observation n° 8

N E V R O S E D ' A N G O I S S E

Mademoiselle CHES..... 35 ans -

Ouvreuse.

Suivie depuis 2 ans par un Psychiâtre.

Entrée le 2 Novembre 1968.

Phénomènes d'angoisse somatisée : sensation d'étouffement - bouchée dans la gorge - estomac se noue.

Crises d'excitation sur le lieu de travail - Anorexie - Insomnie, cauchemars : cauchemars professionnels ; a rêvé que son père l'assassinait. Réticente - Contact superficiel.

Traitement -

Périmétazine 50 mg : pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Sort le 22 Novembre 1968, débarrassée de ses phénomènes d'angoisse.

Revue au Dispensaire le 19 Décembre 1968 : se sent bien, n'a plus d'angoisses.

Observation n° 9

ETAT DEPRESSIF NEVROTIQUEMademoiselle NAU..... 23 ans -

Fille unique - Milieu familial perturbé par le père très anxieux.

Hospitalisée le 17 Avril 1969.

Le début des troubles remonte à Septembre 1966 : asthénie, insomnie, angoisses ; mauvais résultats universitaires.

3 mois en Maison de Repos.

Après une courte période d'amélioration, reprise des phénomènes d'angoisse somatisée : céphalées, douleurs variables ; brûlures, striction, chaleur dans l'estomac, intestins contractés, "à force de ne pas dormir". Se croit inguérissable - sollicite une cure de sommeil pour oublier ses troubles digestifs.

Au début : 3 ampoules I.M. de Diazepam à 10 mg pendant 2 jours
anxiété persistante - insomnie

Diazepam remplacé par 1317 A.N., à la dose initiale de 75 mg : effets remarquables - détendue, souriante, dort bien, s'occupe à l'ergothérapie. Bon contact avec les autres malades ; plus de manifestations hypocondriaques.

Le traitement se poursuit, associé à 50 mg de Nialamide.

Observation n° 10

TROUBLES CARACTERIELS NEVROTIQUESMademoiselle FLEU..... 18 ans -

Entrée le 28 Décembre 1968

Déséquilibre psychique - troubles du caractère et du comportement.
Abandonnée par ses parents dès l'enfance ; prise en charge par une

Placée à l'Institut Médico-Pédagogique de la Roche-Morna, ainsi que ses deux soeurs, de 1958 à 1965, où elle se montre instable, turbulente, fugueuse - attitude d'opposition - Q.I. = 79.

Placement au Bon Pasteur du MANS. Elle y présente des crises d'agitation violentes avec : chants, cris, hurlements, attitude érotique et provoquante, agressivité à l'égard de ses compagnes.

Ce comportement entraîne son hospitalisation dans le Service, en août 1965.

Pendant toute l'hospitalisation, son comportement est satisfaisant - Enurésie. Elle quitte l'Hôpital le 1er Février 1966, est placée au Bon Pasteur de POITIERS où elle ne reste que 5 mois.

Hospitalisée à nouveau du 26 Juillet 1966 au 21 Avril 1967

Mêmes troubles du comportement et du caractère.

Sortie le 21 Avril 1967, pour se rendre à l'Hospice de CHAUDRON-EN-MAUGES, en attendant une place.

4ème placement -

A fait une fugue de chez ses patrons et est venue spontanément dans le Service.

Elle présente les mêmes troubles du caractère et du comportement : crises d'excitation, propos grossiers envers le personnel, bris de glaces

Elle reçoit successivement : Thioridazine 50 mg - pendant 18 jours

Propériciazine 50 mg

sans résultat sur son comportement.

L'administration de 1317 A.N., à raison de : 3 ampoules I.M. à 10 mg pendant 2 jours

puis 3 Comprimés à 25 mg -

pendant 32 jours

amène une amélioration du comportement et une stabilisation de l'humeur : la malade est plus calme, plus docile ; elle est moins hostile et moins opposante envers le personnel. Elle offre plus de prise à la psychothérapie.

La sortie est envisagée dans un avenir proche.

TROUBLES CARACTERIELS

Mademoiselle LAR..... 20 ans -

Neuvième d'une famille de 11 enfants dont le père est décédé.

Milieu très perturbateur : relations incestueuses ; mère de moralité douteuse, dépassée par ses tâches éducatives.

Soeur jumelle épileptique qui fait l'objet de soins particuliers de la part de la mère, d'où frustration affective de la malade. Légère débilité mentale, inadaptation sociale due à un complexe d'infériorité.

A fait l'objet de plusieurs examens psychologiques et d'orientation professionnelle, ainsi que de tentatives de réadaptation dans différentes institutions.

1er séjour à Ste Gemmes du 26 Février au 18 Juillet 1968

Plusieurs crises hystériques : chute, pseudo-paralysie, gémissements, agitation, comportement infantile, se souille au lit. Interrogatoire décevant : répète sans cesse "je veux ma maman". Très anxieuse, humeur instable.

Traitement -

Chlorpromazine : 3 ampoules intramusculaires à 25 mg pendant 3 jours : pas d'amélioration notable

Périmétazine : 28 Février - 3 comprimés à 25 mg
amélioration dès le 2ème jour : calme, les gémissements ont cessé, moins anxieuse

l'interrogatoire devient fructueux, révélant un fond pathologique très complexe

bon contact, la malade raconte volontiers son histoire

2 Mars : 6 comprimés à 25 mg par jour pendant 5 jours - logorrhée
régression infantile

10 Mars : 4 comprimés à 100 mg pendant 13 jours associés à 4 comprimés

de Dibenzodiazepine

23 Mars : arrêt du 1317 A.N. car aucune action favorable ne se manifeste

un changement de pavillon amènera une amélioration.

Quitte le Service le 18 Juillet avec pour traitement :

Lévomépromazine + Oxazepam + Propericiazine + Chlorpérazine

2ème hospitalisation le 17 Mars 1969

Etat d'agitation hypomaniaque avec fous rires, propos décousus, a fait plusieurs fugues.

Traitement -

18 Mars : 3 injections intramusculaires de 1317 A.N. à 10 mg

1 suppositoire de Périmetazine

l'agitation est calmée ; mais reste instable ; se croit enceinte

21 Mars : 150 mg de Périmetazine

Halopéridol 45 mg

persistance de sourires immotivés, infantiles

mais amélioration du comportement, s'occupe à l'ergothérapie.

Un changement de pavillon a contribué à l'amélioration.

Le traitement se poursuit.

Observation n° 12

NEVROSE CARACTERIELLEMademoiselle CAR..... 17 ans -

Jeune débile hospitalisée plusieurs fois en milieu psychiatrique. Placée pendant 6 ans dans un Institut Médico-Pédagogique où elle s'est montrée instable, inadaptée, souffrant d'un profond sentiment d'infériorité. Très captatrice et agressive.

Situation familiale conflictuelle - mère débile.

Entrée le 22 Août 1968

Etait au Bon Pasteur de CHOLET. Faisait des fugues qui ont motivé son renvoi.

Très paresseuse chez elle.

S'est enfuie de chez elle à la suite d'une dispute avec sa soeur, a passé une nuit dehors. Dans le Service, elle est "cafardeuse", pleurs fréquents, anxieuse.

Traitement -

Diazepam 30 mg pendant 3 semaines

Ensuite 1317 A.N. 75 mg pendant 2 mois 1/2

Amélioration nette. N'est plus anxieuse.

Très sociable. Ne se plaint plus. Plus stable. S'occupe à l'ergothérapie.

Sortie le 25 Novembre 1968.

Observation n° 13

P S Y C H A S T H É N I E

Mademoiselle BLI..... 54 ans -

11ème hospitalisation, pour un état dépressif évoluant sur un terrain psychasthénique ancien.

Anxieuse : faciès douloureux ; doléances hypocondriaques.

De nombreuses thérapeutiques ont été mises en oeuvre, sans résultat valable.

1317 A.N., administré pendant 1 mois 1/2 : disparition de l'anxiété - sensibilité aux suggestions thérapeutiques - Envisage la guérison ; sollicite des encouragements, alors que jusque là, elle était sûre de ne pouvoir guérir. Reprise d'une certaine activité dans le Service.

Mais l'effet du 1317 A.N. semble s'épuiser au bout de 2 mois.

Observation n° 14

C O N F U S I O N M E N T A L E

Madame LE..... 54 ans -

Entrée le 26 Août 1968

Troubles dûs à une intoxication éthylique - syndrome de Korsakoff -
Désorientation temporo-spatiale - Activité confuse, désordonnée - Tendances
aux fugues - Sans agressivité. Agitation. Troubles du sommeil.

La malade reçoit comme traitement, pendant 2 semaines :

Vitamines B1 - B6 - B12

Strychnine

Haloanisone - 50 gouttes

Diazepam - 3 comprimés

puis

Centrophénoxine - 4 comprimés pendant 4 jours

6 comprimés pendant 18 jours

8 comprimés pendant 8 jours

Tous ces traitements ne calment pas l'agitation.

Périmétazine - à la dose de 100 mg

amène une régression de la confusion, de l'opposition - Activité
ordonnée.

Traitement interrompu pendant une maladie physique.

Observation n° 15

E T A T P R E - S C H I Z O P H R E N I Q U E

Mademoiselle RAP..... 22 ans -

Antécédents familiaux très chargés :

mère - tentative de suicide - soignée longtemps en milieu psychiatrique

père - frères et soeur, suivis régulièrement par un Psychiâtre

Antécédents personnels :

bonne scolarité - baccalauréat

épisode incestueux vers l'âge de 15 ans - comportement schizoïde pendant l'adolescence - tentative de suicide en Novembre 1968, "sans raison".

Suivie régulièrement par un Psychiâtre auquel elle fait des déclarations d'amour avec crises érotomaniques épistolaires.

Hospitalisée en service psychiatrique le 24 Mars 1969, à la suite d'une tentative de suicide : s'est intoxiquée chez elle et s'est rendue chez son médecin où elle a perdu connaissance...

Accèpte mal son hospitalisation - L'entretien avec la malade est très difficile : opposition, réticence, mutisme ; quelques éléments discordants, sourires ironiques, maniérisme - Troubles du sommeil - Exprime des idées de suicide, ne tient pas à la vie.

Traitement par Périmétazine:

- 3 ampoules I.M. à 10 mg le 1er jour

- puis voie orale - 75 mg, passant progressivement à 150 mg au bout de 7 jours. Ensuite, réduction progressive jusqu'à la dose d'en-

tretien de 75 mg

Après deux jours de traitement, le comportement dans le Service s'est amélioré : la malade est moins opposante. Elle redevient hostile et refuse ses aliments à la suite d'une erreur de prescription qui l'a privée pendant 3 jours de son traitement.

Lorsque ce dernier est rétabli, l'amélioration est nette ; le contact est meilleur. La malade admet que son hospitalisation est justifiée.

Elle détendue - disparition des éléments discordants.

Offre une prise à la psychothérapie. Prise de conscience de l'état morbide. Envisage favorablement l'avenir.

Plusieurs sorties d'essai permettent de bien augurer du pronostic.

Observation n° 16

S C H I Z O P H R E N I EMademoiselle RAB..... 20 ans -

Est issue d'un milieu familial très rigide ne lui accordant aucune liberté. En particulier, les fréquentations masculines sont très mal tolérées et le père ne manque pas de rappeler inlassablement, pour le flétrir, l'exemple d'une de ses filles qui a deux enfants naturels.

La malade aurait déjà fait deux "épisodes dépressifs" pour lesquels elle a été soignée au C.H.U.

Entrée le 7 Septembre 1968

Le début des troubles semble coïncider avec une expérience amoureuse qui a été assimilée par la suite à un grave péché.

La malade est très anxieuse ; comportement bizarre, fait de gesticulations, pleurs brefs, impatience motrice, respiration bruyante, conversation coupée de longs silences, réclame l'aide d'un prêtre "pour être sauvée".

Traitement -

3 ampoules I.M. de Périmétazine

Deux jours après, la malade est détendue ; diminution des gesticulations, moins de mimiques discordantes. Cependant, la malade reste réticente, lointaine, bizarre, ambivalente - Auto-accusation vague, idées mystiques floues, désarroi moral, craint d'être enceinte.

10 Septembre :

Périmétazine - L gouttes

Diazépine - 2 comprimés

Lévomépromazine - XL gouttes

11 Septembre :

Fluphénazine - 75 mg

Chlorpromazine - 100 mg

Aggravation de l'état de la malade : propos décousus et contradictoires - s'accuse de débauche - dépersonnalisation, gestes érotiques. Divers traitements neuroleptiques sont employés (notamment l'Halopéridol) ainsi qu'une sismothérapie et une cure de Sakel. Aggravation de l'anxiété ; régression infantile ; cancérophobie.

6 Janvier :

L Gouttes de Périmétazine

Réduction des autres neuroleptiques

Huit jours après, amélioration très nette. La malade quitte le lit, reprend contact avec la réalité ; discours cohérent.

L'évolution est favorable après suppression des autres neuroleptiques. La malade quitte le Service le 23 Février 1969, complètement transformée : gaie, souriante ayant repris goût aux activités intellectuelles.

Elle poursuit son traitement chez elle à la dose de 50 mg par jour de 1317 A.N.

Elle est suivie régulièrement au Dispensaire.

L'amélioration persiste.

Observation n° 17

S C H I Z O P H R E N I EMademoiselle BRO..... 27 ans - Sténodactylographe

Schizophrénie ancienne évoluant depuis 1962, ayant nécessité trois placements antérieurs.

Entrée le 22 Décembre 1968, à la suite d'un raptus suicidaire.

Discordance, ambivalence, sentiment d'influence ; dissociation psychique, impulsivité ; activité clastique ; exhibitionnisme - écrits à caractère sexuel, introduction d'objets dans le vagin (style - tube à rouge à lèvres)

Plusieurs neuroleptiques ont été essayés : Fluphénazine

Prothypendyl

Diazépine

Le 30 Décembre 1968 :

Périmétazine 100 mg d'emblée

Amélioration lente, mais continue, qui permet de la faire sortir le 22 Mars 1969.

La malade continue à être suivie régulièrement et est ravitaillée directement en 1317 A.N. par nos soins.

C'est la première fois que l'on note une amélioration de cette qualité. La malade constate elle-même que le médicament lui est indispensable.

A repris son emploi de bureau et donne satisfaction.

SCHIZOPHRENIE

Madame FME..... 63 ans - Titulaire du Brevet Elémentaire

Entrée le 19 Juillet 1935 pour démence précoce avec mutisme complet, refus d'aliments, apragmatisme - pas d'inertie motrice - régression des facultés intellectuelles.

Lorsqu'est envisagé le changement de thérapeutique, la malade recevait : 75 mg de Chlorpromazine

CL gouttes de Lévomépromazine

Elle était alors très impulsive, battait les autres malades et déchirait ses vêtements. L'état de mutisme n'a pas changé mais la malade s'alimente normalement.

Le traitement par Périmétazine est institué le 20 Mars 1968

- 4 comprimés à 25 mg pendant 10 jours

- puis 6 comprimés à 25 mg pendant 1 mois

A cette dose, on note un début d'amélioration : la malade recherche le contact avec le personnel, elle lit le calendrier pour la première fois de toute sa longue hospitalisation ; elle est plus calme, moins agressive envers les autres malades.

La dose a été augmentée à 200 mg puis 300 mg et enfin 400 mg.

L'amélioration persiste, la malade dit quelques mots mais les propos sont vite limités.

La posologie est ramenée progressivement à 200 mg. L'association avec la Thioproprenazine puis de la Fluphénazine n'amène aucun progrès nouveau.

Au bout d'un an de traitement, le bilan se résume : à une diminution très nette de l'agitation, de l'activité élastique et de l'anxiété, la malade sourit et recherche le contact, mais les facultés intellectuelles restent irrécupérables par la seule chimiothérapie.

Aucun incident n'a marqué le traitement mise à part une hypersialorrhée transitoire.

Observation n° 19

P S Y C H O S E P U E R P E R A L EMadame NOU..... 33 ans - Mère de 4 enfants

Bonne intelligence

Les troubles ont commencé pendant la 4ème grossesse. Au début de cette grossesse, elle éprouvait des troubles qui l'ont amenée à consulter une "magnétiseuse". Celle-ci lui a fait des massages qui lui ont déclenché des crises de nerfs et une diminution de ses activités domestiques.

Après son accouchement, le 10 Janvier 1969, elle est retournée chez la magnétiseuse parce qu'elle se sentait faible. Les "massages" pratiqués sur elle lui ont "arrêté le sang". Elle s'est sentie comme folle : surexcitée.

Hospitalisée à Ste Gennes le 8 Février 1969, à la suite d'une tentative de suicide.

Dans le Service, on note un contact très difficile, des signes de dépersonnalisation - attitude d'opposition - anxiété très importante - Agitation psychomotrice.

Traitement -10 Février : Lévomépromazine 60 gouttes

1317 A.N. - 3 ampoules I.M. par jour

Sédation de l'anxiété

11 Février : remplacement du 1317 A.N. par HALOPERIDOL

Aucun effet favorable

13 Février : Périmétazine 50 gouttes

Lévomépromazine 100 mg

Ensuite augmentation progressive du 1317 A.N. jusqu'à 200 mg.

La malade reste peu expansive - plus calme.

Bon contact avec les autres malades : souriante ; extériorise plus facilement ses idées délirantes et les critique - semble accessible aux suggestions thérapeutiques visant à redresser ses convictions de l'influence surnaturelle de la magnétiseuse.

La malade quitte le Service le 20 Mars 1969, très nettement améliorée. Elle continue à prendre son traitement chez elle.

Observation n° 20

P _ S _ Y _ C _ H _ O _ S _ E M _ A _ N _ I _ A _ C _ O - D _ E _ P _ R _ E _ S _ S _ I _ V _ E

Madame PIE..... 68 ans -

14ème hospitalisation en milieu psychiatrique.

Entrée le 16 Octobre 1944.

Psychose périodique - Affaiblissement intellectuel progressif.

La malade présentait alors un syndrome mélancolique avec auto-dépréciation, apragmatisme, asthénie.

Aucun traitement ne l'a améliorée de façon durable et, malgré les Thymoanaleptiques (Triméprimine), elle présente de façon périodique des phases dépressives où réapparaissent l'auto-accusation, le désir de mourir, l'asthénie et l'anorexie.

Le traitement au 1317 A.N. est commencé le 6 Juin 1968, à l'occasion d'une phase dépressive.

La dose passe progressivement de 25 mg à 50 mg, et est maintenue pendant 7 mois.

Dès le début du traitement, la malade est moins déprimée, dort mieux, retrouve un bon appétit et attribue cet effet bénéfique au traitement.

De plus, alors qu'elle était totalement indifférente à l'entourage, elle se met à s'occuper activement des autres malades et surveille les vieillards. Pendant 7 mois, elle n'a présenté aucune phase dépressive.

Après cette période, elle a amorcé une phase dépressive qui a très vite été corrigée par l'augmentation de la dose de Périmétazine à 200 mg.

Pendant ce nouvel accès, un fait remarquable a été noté ; la malade ne se déprécie pas, ne s'enferme pas dans le mutisme ; elle exprime son angoisse et sollicite des apaisements, une promesse de guérison.

Incidents --

Coheresse de la femme.

Perte des urines pendant quelques jours.

P_S_Y_C_H_O_S_E _M_A_N_I_A_C_O _- _D_E_P_R_E_S_S_I_V_E

Madame RE..... 75 ans -

4ème hospitalisation pour un accès mélancolique avec inhibition, repli sur soi, mutisme. Evolution cyclique des troubles depuis le décès de son mari, en 1964.

Entrée le 5 Février.

Etat dépressif - tristesse - tentative de suicide par pendaison dans le Service - très ralentie - reste toute la journée assise dans un fauteuil ; apragmatise.

Evolution cyclique de l'humeur.

Traitement antérieur : Lévomépromazine

Thymoanléptiques divers

Pas de résultats favorables

4 Mars 1969 :

1317 A.N. 150 mg pendant 7 jours

300 mg pendant 7 jours

100 mg pendant 22 jours

Pas d'amélioration des symptômes hypocondriaques ; troubles de l'équilibre, vertiges (existaient déjà avant l'administration du 1317 AN.).

Transférée au C.H.U. le 24 Avril 1969, pour oedème aigu du poumon et occlusion intestinale, décès quelques jours plus tard.

Observation n° 22

PSYCHOSE MANIACO - DEPRESSIVEMadame LAN..... 62 ans - Mari épileptique

3 enfants en bonne santé

6ème hospitalisation à STE GEMMES.

Le début des troubles remonte au mois de Juillet 1959 et consiste en un syndrome maniaco-dépressif.

Entrée le 13 Avril 1969

Crises d'excitation - graphorrhée, logorrhée avec les thèmes habituels : situation de la famille, maladie de son mari ; quelques idées de persécution - Insomnie avec agitation nocturne. Pas de désorientation. Pas d'incontinence - S'alimente normalement.

Traitement : Pendant 5 jours

Lévomépromazine .

Benzpérialol

Le 19 Avril : Périmétazine et 1 035 M.B. - D'abord 100 mg de Périmétazine pendant 8 jours
puis 150 mg pendant 6 jours
200 mg actuellement

Disparition de l'anxiété - Sommeil normal - Disparition de l'état d'agitation, de la graphorrhée et de la logorrhée spontanée ; mais dès qu'il y a quelqu'un auprès d'elle, elle devient très loquace.

En résumé, bonne action sur l'anxiété, l'insomnie et les manifestations extérieures du syndrome maniaque.

Observation n° 23

S Y N D R O M E H Y P O M A N I A Q U E

Mademoiselle MAZ..... 49 ans - Célibataire

Vit en cercle fermé entre un père impotent et un frère éthylique. Depuis que son frère est hospitalisé ici, elle présente des troubles psychiques et de l'état général : néglige son ménage, rien ne l'intéresse, elle passe de longues heures assise auprès du feu sans rien faire - Idées de suicide - A perçu un sentiment d'étrangeté, des sensations d'angoisse.

A été hospitalisée au C.H.U. en raison d'une altération importante de l'état général, avec maigreur, résultant d'une anorexie mentale.

Entrée dans le Service le 16 Janvier 1969

Très loquace, s'étend sur ses conflits avec son frère - propos un peu décousus - laisse une impression de bizarrerie - maniérisme - sub-excitation - obséquiosité.

Traitée d'emblée par Périmétazine : 50 mg pendant 10 jours

100 mg pendant 7 jours

association avec vitaminothérapie.

Dès les premiers jours du traitement, la malade devient calme, moins anxieuse, reprend de l'appétit. Mais cette amélioration est suivie d'une phase dépressive où la bizarrerie et le maniérisme augmentent, avec revendications de départ, crainte de ne jamais pouvoir sortir - Inappétence. Très ralentie.

Devant l'échec du 1317 A.N. on change de traitement : 75 mg de Fluphénazine et 100 mg de Triméprimine amènent une amélioration notable.

MELANCOLIE DELIRANTE

Madame PE..... 40 ans - Mariée - 1 enfant

Antécédents familiaux : père tué à la guerre

mère - remariée en 1945

Née prématurément (7 mois) - a toujours été de santé fragile.

Bon niveau intellectuel.

Début de la maladie, Mars 1959 : idées de persécution, d'ensorcellement. Traitée 3 mois en clinique (39 comas insuliniques). Par la suite, a toujours continué à prendre de la Chlorpromazine.

En Septembre 1963, frappe une voisine venue lui rendre visite.

Hospitalisée à SFR GEVRES du 10 Octobre 1963 au 16 Janvier 1964.

Accès délirant aigu : sensation de courant électrique qui la traverse de part en part - accuse sa voisine de l'avoir ensorcelée - anxiété - insomnie.

2ème séjour en H.P. du 7 Novembre 1964 au 25 Février 1965

Débute par le même tableau de délire de persécution - accusations dirigées contre son mari - réactions agressives.

Evolution d'allure schizophrénique : malade hébétée, passive, contact impossible.

Traitée par différents neuroleptiques, puis 9 séances de sismothérapie.

3ème séjour : depuis le 26 Juin 1968

Présente un syndrome de mélancolie stuporeuse avec mutisme, opposition, refus d'aliments, insomnie marquée - Apragmatisme complet - Clausturation - Frayeurs nocturnes, chauchemars.

Evolution vers une attitude discordante.

Au cours de ce long séjour, son état passe par des phases d'amélioration et de rechutes.

Les séances de sismothérapie n'amènent qu'une amélioration transitoire,

les neuroleptiques divers successivement employés et les thymoanaleptiques se révélant inefficaces, un court essai thérapeutique au 1317 A.N. est tenté pendant 10 jours à la dose de 150 mg associé à la Triméprimine.

Aucune amélioration.

Cet essai est renouvelé 6 mois après, à l'occasion d'une phase d'amélioration, à une posologie moyenne de 150 mg pendant 20 jours.

Au cours de cet essai, une psychothérapie suivie est instituée. Mais, hélas, le traitement est changé hâtivement à la suite d'une crise d'excitation clastique - la malade change de pavillon.

On ne peut juger valablement l'action du 1317 A.N. en raison de la modicité des doses atteintes et de la brièveté d'administration.

Observation n° 25

M_E_L_A_N_C_O_L_I_E_ _D_E_L_I_R_A_N_T_E

Madame ZE..... 50 ans -

Dans ses antécédents, on retrouve : rapatriée d'Algérie en 1962 - Divorce, il y a 4 ans, après une longue mésentente conjugale où les torts ont été imputés au mari - pas de notion d'éthylisme.

Le début des troubles remonte à un an environ et coïncide avec une série de traumatismes psychiques : - mariage de sa fille

- hospitalisation de ses deux fils

à l'Hôpital Psychiatrique

- l'un de ces fils a subi un emprisonnement de 2 ans pour délits de droit commun. Il est encore l'objet d'une nouvelle mesure judiciaire récente qui est vraisemblablement à l'origine de l'aggravation des troubles.

Ces troubles affectent essentiellement le comportement tant familial que social : - la malade ne réagit pas aux événements familiaux (naissances)

- depuis le mois de Septembre, elle est renfermée, ne parle presque plus - idées de suicide

- elle se montre persécutée ; tout le monde lui en veut, la regarde de travers et parle d'elle. Elle ne prend plus le car pour éviter de rencontrer les gens

- devient progressivement inapte à son travail et ne suit plus le rythme des chaînes de montage

Ces troubles la font hospitaliser le 22 Février 1968

Dans le Service, mutisme total - apragmatisme - refus de s'alimenter et de faire sa toilette - très opposante - anxiété très importante - faciès figé.

Pendant les deux premières semaines de son hospitalisation, on lui prescrit quotidiennement : 100 mg de Chlorpromazine

20 mg de Diazepam

La malade s'alimente mieux, est moins opposante, mais reste en mutisme total et très anxieuse.

On passe alors au 1317 A.N. à la dose de 300 mg d'emblée. Un entretien quotidien permet de suivre le progrès de la thérapeutique.

Au bout d'une semaine, le mutisme cesse ; la malade extériorise ses idées délirantes et exprime son anxiété - Amélioration du contact avec le personnel infirmier, par contre, mutisme complet envers le Médecin-Chef du Service.

Cette amélioration du comportement dure 10 jours, puis la malade retombe dans le mutisme. Cependant, les entretiens avec ses enfants se déroulent dans une atmosphère détendue, la malade est souriante.

Le 24 Mars, on associe au 1317 A.N. la Fluphénazine à la dose progressivement croissante de 50 à 300 mg. On note une régression lente des idées délirantes mais l'attitude reste figée.

Au bout de quelques jours, on ajoute au traitement 50mg puis 100 mg de Triméprimine : amélioration de l'humeur ; la malade sourit, s'occupe dans le Service, demande spontanément à s'entretenir avec le Médecin.

1317 A.N. et Fluphénazine sont ramenés à une dose d'entretien de 100 mg. Il faut noter que pendant son hospitalisation, ses difficultés avec son fils ne se sont pas améliorées et elle a appris, notamment qu'il s'était emparé de ses économies.

La psychothérapie avait peu de prise car le problème de la délinquance du fils nous dépassait. L'amélioration de contact au début, et l'extériorisation du délire sont à mettre à l'actif de la Périmetazine.

Observation n° 26

D E L I R E - P A R A N O I D EMademoiselle AU..... 43 ans -

Hospitalisation depuis 4 ans.

Traitement -

Lévomépromazine - 100 gouttes

Chlorpérazine - 50 mg

Périmétazine - ajouté le 30 Novembre 1968 : 60 gouttes pendant 16 jours

Délire chronique d'évolution ancienne à thème de possession diabolique et d'influence maléfique - Conviction délirante entière, complexe de culpabilité, non influencés par la médication.

Pas d'effet thérapeutique, mais ici la technique d'administration laisse à désirer, et, cette observation doit être écartée des statistiques.

D E M E N C E P A R A N O I D E

Mademoiselle BON..... 34 ans -

Développement intellectuel ralenti à partir de 6 ans, suite d'une maladie non identifiée.

1er séjour en 1957 : durée 3 mois

2ème hospitalisation - débutée le 22 Janvier 1962

Très agressive - impulsions violentes au cours desquelles elle frappe l'entourage et brise tout ce qu'elle peut trouver sous la main et, tente une fois de se suicider ; déchire ses vêtements.

Elle est alitée et maintenue dans son lit par des entraves de façon continue. Elle décourage les visites de sa famille.

La malade est traitée par : Propericiazine - 120 gouttes

Chlorpromazine - 150 gouttes

Le traitement se révèle impuissant à calmer les crises d'agitation clastique et d'automutilation qu'elle présente alors.

Le 5 Septembre 1968 la Périmétazine est introduite dans le traitement :
- d'abord 3 ampoules I.M. par jour pendant 7 jours
- puis 100 gouttes pendant 119 jours

Au cours de cette période on remplace la Propériciazine par la Trifluoperazine puis par l'Haloanisone.

Aucune modification du comportement ne s'est produite du fait de la Périmétazine.

A vrai dire, chez cette malade, aucune médication ne s'est révélée efficace.

DELIRE DE PERSECUTION

Mademoiselle GOU..... 33 ans -

Religieuse depuis l'âge de 20 ans.

Hospitalisée le 4 Avril pour troubles du comportement : la malade se promène la nuit, dévêtue, en chantant - Cancérophobie - Hallucinations visuelles et auditives - Agitation - Idées de persécution.

Sortie le 16 Mai 1964, améliorée par son traitement.

Suivie régulièrement en Dispensaire : état variable qui nécessite des changements de neuroleptiques.

Le 9 Décembre, lors d'une période de décompensation, on essaie le 1317 A.N., à la dose de 50 mg - associé à la Diazepine, qu'elle avait antérieurement.

Son état s'améliore nettement : pas d'anxiété ; cette association thérapeutique semble efficace.

Le 15 Avril 1969, visite au Dispensaire : persistance d'un état satisfaisant.

Incident -

Tremblement important corrigé par 2 comprimés de Fébarbamate.

DELIRE DE PERSECUTION

Mademoiselle GUI..... 52 ans -

Tout a commencé en Novembre 1967 : la malade se croit enceinte parce qu'elle n'a pas de règles. En fait, elle est ménopausée. Là dessus, elle construit un délire : elle se croit épiée, a peur de tout le monde, craint que ses soeurs aient des ennuis à cause de "ses bêtises".

Son activité professionnelle est perturbée.

Son comportement est désordonné - Soins de toilette négligés - Troubles mnésiques - Signes de confusion - Interprétations sur les activités du personnel.

Au total : état de ralentissement intellectuel avec idées délirantes de persécution et de grossesse.

Traitement -

1317 A.N. 10 mg I.M. n° 3 - pendant 3 jours

Sédation de l'anxiété, moins opposante ; accepte de s'alimenter.

1317 A.N. 100 mg, augmenté rapidement pour atteindre 400 mg en 10 jours.

La malade devient perplexe, s'interroge sur tout.

Au bout de 10 jours, le contact s'améliore très nettement avec le personnel ; mais l'état d'hébétude persiste.

20 jours après le début du traitement, le comportement est favorablement modifié : disparition de l'incohérence des idées - reprise de l'activité pragmatique - les idées délirantes sont critiquées mais l'obsession de grossesse persiste.

Le 1317 A.N. est alors diminué à 100 mg et associé à l'HALOPERIDOL, qui n'a non plus aucun effet sur le syndrome obsessionnel.

Résultat positif sur le délire.

Résultat négatif sur l'élément névrotique.

DELIRE DE PERSECUTION MELANCOLIQUE

Mademoiselle HU..... 60 ans -

2ème hospitalisation pour le même motif : s'accuse d'indélicatesse vers la Sécurité Sociale ; voit partout des gendarmes et des appareils installés pour l'épier. Extrêmement anxieuse ; se lève la nuit pour inspecter les lieux - N'accepte pas d'exprimer, ni même d'évoquer le motif de son hospitalisation.

Comportement hostile. Aucun contact avec les autres malades ni avec le personnel médical ; se réfugie dans sa demi-surdité - Faciès triste et douloureux - Activité automatique, sans entrain.

La malade est hospitalisée depuis le mois d'Avril 1966.

Elle a subi de nombreuses thérapeutiques variées : sismothérapie, neuroleptiques, thymoanaleptiques, qui n'ont donné que des phases très courtes d'amélioration.

Traitement au 1317 A.N. débuté le 21 Mars 1968, par 100 mg de produit. 3 jours après, on note un contact meilleur, une diminution de l'anxiété ; la malade a retrouvé le sourire.

Elle se plaint de son traitement qui lui donne une sensation bizarre.

La posologie est augmentée jusqu'à 300 mg pendant 120 jours. L'amélioration se poursuit. La malade extériorise ses idées délirantes et les critique.

Le traitement est arrêté en raison d'une hospitalisation au C.H.U.

Au total : résultat très satisfaisant ; peu d'action psychothérapique en raison de la surdité.

Observation n° 31

D E L I R E D E P E R S E C U T I O N

Madame DES..... 68 ans -

Entrée le 13 Février 1968

Très déprimée ; pleure sans cesse, ne veut pas manger "parce qu'on lui a fermé la bouche avec un tourniquet". Interprétations délirantes -
Idées de persécution : "les Médecins tirent sur moi à coups de fusil et c'est de ça que je souffre".

Désorientée - Sentiment de dépossession.

Le traitement par 100 mg de 1317 A.N. pendant 22 jours n'amène aucune modification de l'état délirant.

DELIRE DE PERSECUTION

Madame HUM..... 34 ans -

Aide-puéricultrice.

Mari décédé en 1962 d'un infarctus du myocarde.

3 enfants.

Début des troubles en Mai 1966 : était persécutée par ses collègues - Très déprimée - Tentative de suicide à la Chlorpromazine.

Arrêt de travail pendant 6 mois.

Réapparition des symptômes après la reprise du travail : on l'espionne on lui en veut, parle peu, exprime des idées d'autolyse.

1ère hospitalisation à STE GEMMES : du 2 Septembre au 8 Octobre 1967 -
Même syndrome délirant interprétatif - Caractère solitaire et renfermé, ne se lie avec personne.

2ème hospitalisation : du 6 Mars au 27 Avril 1968 -

Récidive des idées délirantes, peu de temps après la reprise du travail. Se sent persécutée, entend autour d'elle des réflexions incompréhensibles ; pense qu'un interne du C.H.U. a fait croire des choses sur son compte.

Elle cherche l'issue dans une nouvelle tentative d'autolyse.

La malade n'accepte pas d'évoquer ses idées délirantes - très réticente Essaie de donner le change par une attitude calme - Importante anxiété sous-jacente.

Mise au 1317 A.N. dès son arrivée - 100 mg pendant 8 jours.

Le 9 Mars, demande à parler au Médecin et extériorise ses idées délirantes, avec conviction. Dès lors, l'anxiété diminue ; la malade devient détendue et souriante ; se promène dans le parc avec les autres malades.

La malade sort le 27 Avril, très améliorée par son traitement. Suivie régulièrement en Dispensaire : elle est détendue, communique plus facilement avec l'entourage. Vient spontanément demander le renouvellement de ses médicaments - critique ses idées délirantes - exprime sa volonté de "tourner la page". - Incident - Troubles visuels.

Observation n° 33

D E L I R E M Y S T I Q U EMademoiselle COP..... 52 ans -

Célibataire - Infirmière.

Soignée depuis 1960 pour troubles psychiques.

1er séjour en H.P. pour délire de persécution pauvre et non systématisé.2ème séjour. En 1962, pour mélancolie délirante.3ème séjour, pour délire mystique - entrée le 10 Août 1968.

Délire mystique après la visite d'une abbaye ; croit avoir reçu de nombreuses fois la grâce divine ; a des visions - cauchemars - anxiété très importante - peur de mal faire. Croyait que la fin du monde était imminente.

Traitement -

A l'entrée : Triméprimine - Lévomépromazine

14 Août 1968 : administration de 1317 A.N.

associé au traitement initial

16 Août 1968 : 1317 A.N. seul - 60 gouttes

dose maxima atteinte - 100 mg

Amélioration globale : beaucoup moins anxieuse, critique ses idées délirantes qu'elle attribue à l'influence d'un compagnon de voyage - Souriante, détendue. A repris goût à la vie ; s'occupe, prend soin de sa personne, coquetterie. Très bonnes relations avec les autres malades.

Sortie le 14 Octobre 1968

Reprise du travail après un séjour en Maison de Repos

Pas de traitement ambulatoire.

Observation n° 34

D E M E N C E S E N I L E

Madame LAS..... 69 ans -

Entrée le 16 Septembre 1968 pour état dépressif discret, sur fond d'affaiblissement intellectuel sénile.

A son entrée, la malade est agitée et hallucinée - Anxiété importante.

Le traitement -

par Triméprimine et Lévomépromazine, ne calme pas l'anxiété ni l'agitation.

Il est arrêté et remplacé par du 1317 A.N., administré à la dose de 75 mg pendant 4 jours.

Sous ce traitement, l'anxiété, l'agitation et le comportement désordonné s'améliorent très rapidement.

Observation n° 35

INSTABILITE CARACTERIELLE SENILEMadame CHE..... 66 ans -

Cultivatrice - Mariée

Entrée le 5 Octobre 1968 à Ste Gemmes

Instabilité de l'humeur : tantôt triste ; pleure, se dit fatiguée - tantôt très excitée.

Hyperémotive - Inquiète : "On a trouvé dans mon sang quelque chose de bizarre... mais ce n'est pas la leucémie". Insomnie.

Traitement -

100 mg de 1317 A.N. pendant 26 jours

Plus détendue, plus lucide. Envisage de reprendre le travail en rentrant.

Continue à prendre la Périmétazine chez elle (150 mg).

Suivie en Dispensaire : état satisfaisant.

Observation n° 36

M E L A N C O L I E D ' I N V O L U T I O NMadame AL..... 70 ans -

4ème internement motivé par un syndrome de mélancolie d'involution avec préoccupations hypocondriaques, ayant débuté en 1958.

Tristesse marquée, faciès douloureux, expression geignarde - sentiment d'incurabilité - Anxiété.

Depuis un mois, elle se plaint de brûlures dans le ventre, d'impression de gonflement abdominal ; le mal gagne sa tête. A mal partout.

Tremblement parkinsonien important.

Traitement : - Lévomépromazine

- Thymoanaleptiques divers

Après une sortie d'essai d'un mois, elle est réintégrée.

Le 6 Juin 1968

1317 A.N. 50 mg

augmenté à 150 mg

puis dose d'entretien de 75 mg, poursuivi actuellement en cure ambulatoire.

Ce traitement a apporté une nette amélioration de l'état psychique. Disparition des préoccupations hypocondriaques - Stabilisation de l'humeur - Reprise de l'activité pragmatique.

La malade a quitté le Service le 1er Mars 1968, et est suivie régulièrement : état satisfaisant.

DELIRE SENILE DE PERSECUTION

Mademoiselle FIL..... 89 ans -

Aucun antécédent psychiatrique.

La malade vit seule, aidée par des voisins qui lui font ses emplettes.
Cataracte bilatérale - Excellente conservation des facultés intellectuelles - Bon état général.

Depuis quelques mois, elle se sent persécutée ; elle accuse le voisinage de la voler ; se croit ensorcelée - Onirisme zoopsique.

Entrée le 4 Octobre 1968

A son arrivée, la malade est désorientée dans l'espace. Elle est agitée et opposante.

Traitement - Thioridazine 50 gouttes

Azacyclonol 3 comprimés

Aucune action : opposition et agitation persistent

Au bout de 10 jours, changement de traitement : 1317 A.N. 10 mg - 1 ampoule le soir, pendant 15 jours.

Disparition des idées délirantes au bout de 2 jours - reprise du sommeil - moins opposante

Périmétazine 30 gouttes

associé à 3 Comprimés de 1035 M.D.

La malade est calme, très agréable dans le Service, très sensible aux moindres marques d'intérêt qui lui sont témoignées.

En raison de son grand âge, on ne peut envisager de la renvoyer chez elle, bien que son excellent état psychique le permette.

DESEQUILIBRE PSYCHIQUE TOXIPHILIE

Madame QUE..... 60 ans -

Mariée - 3 enfants

Employée d'Hôpital

Antécédent d'hystérectomie

5ème hospitalisation à STE GEMMES - Le début des troubles semble coïncider avec une infidélité de son mari : se plaint d'être souvent seule et cherche refuge dans l'alcool ou les médicaments neurotropes.

Déséquilibre psychique marqué par des troubles de l'humeur, fréquentes scènes violentes et récriminations au mari - Plusieurs tentatives de suicide, dont une grave dans le Service.

Très désagréable dans le Service aux précédentes hospitalisations : critiquait le personnel, très exigeante.

Entrée le 15 Janvier 1959 après un séjour d'un mois en Maison de Repos.

A recommencé à absorber beaucoup de médicaments "pour dormir".

Mise d'emblée au 1317 A.N. : 40 mg (4 ampoules I.M.) pendant 7 jours
puis 150 mg pendant 89 jours

Modification importante et favorable du comportement. Dans le Service, elle ne critique plus le personnel, n'est plus exigeante, ne récrimine plus - Dort bien, sans demander des médicaments supplémentaires.

Sortie le 24 Mars 1960, avec 150 mg de Périmétazine à prendre par jour.

Réintégrée le 5 Avril 1960 : disputes fréquentes avec le mari - absorption d'alcool - administration d'une autre thérapeutique.

V - ANALYSE des RESULTATS

- Les Résultats - Discussion
- Tolérance - Incidents
- Tableaux récapitulatifs

Résultats Globaux .Pour le Groupe des NEVROSES -

Sur 13 malades, nous avons obtenu :

- 7 très bons résultats - Obs. n°1, n°2, n°6, n°7, n°8, n°9, n°10 -
2 hystéries ; 1 névrose obsessionnelle ; 1 névrose d'abandon ;
1 névrose d'angoisse ; 1 état dépressif névrotique ; 1 troubles caracté-
riels névrotiques.

- 5 bonnes améliorations - Obs. n°3, n°4, n°5, n°11, n°12 -

3 hystéries ; 2 troubles caractérelis névrotiques.

- 1 résultat médiocre - Obs. n°13

1 psychasthénie.

Pour le Groupe des PSYCHOSES -

Sur 20 cas, nous avons observé :

- 7 très bons résultats - Obs. n°16, n°17, n°20, n°28, n°29, n°32
n°33 -

2 schizophrénies ; 1 psychose périodique ; 4 délires de per-
sécution.

- 5 bonnes améliorations - Obs. n°17, n°22; n°25, n°30 ÷ n°19 -

1 pré-schizophrénie ; 1 psychose périodique , 1 mélancolie
délirante ; 1 délire de persécution mélancolique ; 1 psychose puer-
pérale.

- 2 résultats médiocres - Obs. n°14 ; n°18

1 confusion mentale ; 1 schizophrénie -

- 4 résultats nuls - Obs. n°21, n°23, n°24, n°31 -

2 psychoses périodiques ; 1 mélancolie délirante ; 1 délire
de persécution.

Etats mentaux SENILES -

Sur 5 cas, nous avons obtenu :

- 2 très bons résultats - Obs. n°36, n°37 -

1 mélancolie d'involution ; 1 délire de persécution sénile.

- 1 bonne amélioration -- Obs. n°35
1 instabilité caractérielle.
- 2 résultats médiocres -- Obs. n°34, n°38 --
1 démence sénile ; 1 déséquilibre psychique avec toxiphilie.

Discussion .

- Dans les NEVROSES, nous notons : 50 % de très bons résultats.
30 % de bonnes améliorations,
le plus mauvais résultat concerne la PSYCHASTHENIE.
la meilleure indication semble l'HYSTERIE.
- Dans le groupe des PSYCHOSES : 35 % de très bons résultats.
25 % de bons résultats.
Les meilleures indications sont les formes de début de la schizophrénie
les délires de persécution chez les
sujets jeunes .
Ce sont précisément ces cas qui sont les plus accessibles à la psychothérapie.
- Dans les Etats mentaux SENILES : les résultats sont très variables
selon le degré d'altération des facultés intellectuelles. En général,
le produit améliore notablement la sociabilité et stabilise l'humeur.

TOLERANCE - INCIDENTS

- - - - -

Dans l'ensemble la tolérance du médicament est très satisfaisante.

Il n'a jamais été constaté de syndrômes extra-pyramidaux ; les quelques chutes de tensions observées ne sont que très légères et facilement corrigées par l'administration d'Heptamyl.

En tous cas, à aucun moment il n'a été nécessaire de suspendre le traitement.

Les incidents que nous avons notés sont les suivants :

- perte des urines (Obs. n°1 , n°20)
- somnolence, en début de traitement. (Obs. n°1, n°4, n°5)
- hypotension . (Obs. n°2, n°4)
- sécheresse de la bouche, corrigée par Artam (n°3, n°5, n°16, n°20, n°25)
- troubles visuels portant sur l'accommodation . (n°16, n°23, n°32)
- hypersialorrhée transitoire (Obs. 18)
- asthénie. (Obs. n°23)
- épistaxis (Obs. n°16 ; n°11; n°19; n°9)
- leucopénie et lymphocytose (non contrôlées par des examens avant traitement - Obs. n°3, Obs. n°15, Obs. n°8)

HYSTÉRIE

Dose max. (mg.)	Durée (mois)	Traitement associé	Tolérance	ACTION SUR LES SYMPTÔMES						Résultat général
				Agitation Excitation	Angoisse Anxiété	Signes hystériques	Apragma- tisme	Signes schizoïdes	Opposition	
30	60	anti-comi- tial- Heptamy1	++	+++	+++	+	++	+++	++	impulsions +++
22	75	anticomit- tial Heptamy1	++	/	+++	+++	/	/	/	peu expansi- ve +
26	50	anticomit- tial Heptamy1	+++	+++	++	+	/	+	+	/
31	400	Laroxyl Heptamy1	+++	/	+++	++	/	/	/	dépressive +
31	75	/	+++	/	+++	+++	/	/	/	conversion +++

AUTRES ETATS NEVROTIQUES

Dose max. (mg.)	Durée (mois)	Traitement associé	Tolérance	ACTION SUR LES SYMPTÔMES						Résultat général
				Agitation Excitation	Angoisse Anxiété	Signes hystériques	Apragma- tisme	Signes schizoïdes	Opposition	
30	300	Surmontil Artane	++	/	+++	/	/	/	/	obsession +++
18	150	sismothérapie	+++	+++	+++	/	/	/	+++	instabilité +++
35	50	/	+++	+++	+++	++	/	+	/	insomnie +++
23	200	Niamide	++	+++	+++	/	++	/	/	hypocondrie +++
18	75	/	++	+++	/	++	/	/	+++	instabilité +++
20	150	Halopéridol Artane	+++	+++	++	/	+++	+	/	instabilité ++
17	75	/	++	/	++	/	+	/	/	instabilité ++

A - SCHIZOPHRENIE

Dbs.	Age	Dose max. (mg.)	Durée (mois)	Traitement associé	Tolérance	ACTION SUR LES SYMPTOMES										Résultats globaux
						Agitation	Angoisse	Hallucinations	dé-liré	Apathie	Troubles du contact	Autres Troubles	discorde			
						excitation	anxiété									
22	150	2	Surmontil (15 j.)	++	/	+++	++	/	/	++	++	sourires immotivés opposition	+++	+++		
20	300	5	autres neuroleptiques Artane	++	/	+++	+++	/	+++	+++	+++	dépersonnalisation régression	+++	+++		
27	100	5	autres neuroleptiques	+++	/	+++	+++	/	/	++	+++	impulsion influence ambivalence	+++	+++		
63	400	1 an	autres neuroleptiques	+++	+++	++	++	/	0	+	+++	activité clastique	/	++		
B - PSYCHOSE PUERPÉRALE																
33	200	3	Nozinan	+++	+++	+++	+++	/	+++	/	+++	opposition dépersonnalisation	/	+++		

B - PSYCHOSE PUERPERALE

33	200	3	+++	+++	+++	/	+++	/	+++	opposition dépersonna- lisation +++	/	+++
----	-----	---	-----	-----	-----	---	-----	---	-----	--	---	-----

C - CONFUSION MENTALE

54	100	1	+++	+++	+++	onirisme ++	+	+	+++	désorienta- tion 0	/	++
----	-----	---	-----	-----	-----	----------------	---	---	-----	--------------------------	---	----

D - DEMENCE PARANOÏDE

34	100	4	+++	+	++	0	/	/	0	agression impulsion	/	0
----	-----	---	-----	---	----	---	---	---	---	------------------------	---	---

PSYCHOSE PERIODIQUEACTION SUR LES SYMPTOMES

Age	Dose max. (mg.)	Durée (mois)	Traitement associé	Tolérance	Agitation excitation	Angoisse anxiété	hallucinations	délire	apathie apragmatisme	cléptomanie	autres troubles	Récul-tats globaux
68	200	11	Surmontil Artane	++	/	+++	/	/	+++	/	auto-dé-préciation insomnie +++	+++
75	300	1,5	Surmontil	+++	/	++	/	/	0	/	hypertonie	0
62	200	1	Sureptil	+++	+++	+++		+	0	/	logorrhée géphor- insomnie +++	++
40	100	0,5	Vitamines	+	/	+++	/	/	0	/	bizarrie monotone 0	0

MELANCOLIE DELIRANTE

Age	Dose	Durée	Traitement	Tolérance	Agitation excitation	Angoisse anxiété	hallucinations	délire	apathie apragmatisme	cléptomanie	autres troubles	Récul-tats globaux
40	150	0,5	Surmontil	+++	/	++	/	0	0	0	mutisme opposition 0	0
50	300	3	hiodine Surmontil	++	/	+++		+++	++	/	mutisme opposition +++	++

DELIRES CHRONIQUES

Désignation	Age	Dose maximale (mg)	Durée (mois)	Traitement Associé	Tolérance	ACTION SUR LES SYMPTOMES							Résultats Globaux
						Agitation Excitation	Angoisse Anxiété	Hallucinations	Délire	Apathie Apraxie	Opposition	Autres troubles	
15	33	50	6	Etumine Artane	+++	++	+++	+++	++	/	/	cancero-phobie ++	++
22	52	400	1	Haloperidol	++	/	+++	/	+++	++	+++	Troubles du comportement +++	+++
23	60	300	3	Artane	+++	/	+++	++	+++	+++	/	Mélan-colie Autisme +++	+++
24	68	1.000	22	/	+++	/	++	/	0	0	0	Mélan-colie 0	+++
25	34	100	1,5	Artane	+	/	+++	/	+++	/	/	Autisme +++	0
26	52	100	2	/	+++	/	+++	/	+++	+++	/	obsessionnelle +++	+++

ETATS MENTAUX SENILES

67

Obs. n°	Age	Dose max. (mg.)	Durée (mois)	Traitement associé	Tolérance	ACTION SUR LES SYMPTOMES							Résultats globaux
						Agitation excitation	Angoisse anxiété	Hallucinations	Délire	Anathie apyragnatisme	Opposition	Autres troubles	
34	69	75	4 jours	Vitamines Sureptil	+++	+++	+++	+++	/	+	/	désordonnée ++	+
35	66	150	1	Sureptil	+++	++	++	/	/	+	/	insomnie +++	++
36	70	150	11	Artane, Heptamy, Sureptil	++	/	+++	/	/	+++	/	hypococondrie instabil. +++	+++
37	89	30		Sureptil	+++	+++	+++	+++	+++	/	+++	insomnie désorientation +++	+++
38	60	150	3	Sureptil	+++	++	+++	/	/	++	/	insomnie déséquilibre libre +	+

VI - P E R S P E C T I V E S P S Y C H O T H E R A P I Q U E S

1° Le malade mental et l'Institution psychiatrique

2° Le médicament et le malade

3° le Médicament et l'équipe soignante

4° Chimiothérapie et psychothérapie

1° Le malade mental et l'Institution psychiatrique :

Les résultats de nos observations nous donnent une profonde satisfaction, et suffiraient à contenter nos tendances abyssales de somaticiens. Mais alors, nous n'aurions fait aucun pas de plus depuis le LACTIL ? Mais nous n'installerions que l'intermédiaire chimique entre l'Institution psychiatrique et le malade ? Ecran bien fragile et qui ne protège guère

Car l'Institution psychiatrique, et je pense ici aux asiles psychiatriques où sont encore enfermés 110 000 malades mentaux, a renié son but en le dépassant ; elle ne protège plus, elle surprotège, elle aliène.

Dès son arrivée, le malade prend contact avec une navrante réalité, la contrainte. N'est-il pas incarcéré lorsque, arrivé au " Pavillon " où il sera " soigné ", deux tours de clé auront mis entre le monde extérieur et lui une porte infranchissable ? Et comment lui expliquer que, pour être bien soigné, il doit se soumettre à la routine carcérale d'une infirmière qui, après l'avoir mesuré, pesé et muni de l'uniforme hospitalier, n'aura rien de plus urgent à faire que de le conduire à son lit, dans sa chambre ?

Or, le malade, bien souvent, ne se sent pas malade, et le dit. Ce malade mélancolique ou maniaque, schizophrène ou hystérique est-il obligatoirement justiciable d'une ségrégation inaugurale bien propre à potentialiser son anxiété. N'est-ce pas de ce premier contact, de cet accueil déficient, que naîtra son hostilité à la tentative thérapeutique initiale ?

L'hôpital, l'infirmière, le médecin seront le substratum de son opposition première.

Mais le médicament, autre terme de cette tétrade, sera-t-il aussi rejeté ?

2° Le médicament et le malade :

Que représente le médicament pour le malade ?

Le médicament n'est pas seulement cet intermédiaire investi de

la puissance bénéfique ou véhicule de l'agressivité médicale. * C'est un point de rencontre entre le médecin et le malade. Et quand il s'agit de psychiâtrie, le médicament, facilitant le contact, est l'aide la plus efficace dans l'établissement de ^{la} relation médecin-malade, condition essentielle de toute thérapeutique ».

Pour le malade, le médicament est remède. Il clôt et ~~pro~~longe à la fois le dialogue. Il est espoir de guérison. Aussi est-il indispensable de le faire accepter. Autrefois, il n'était considéré comme actif que si ses caractères organoleptiques étaient défavorables. Il s'agissait alors d'une sorte de punition destinée à racheter, absoudre le mal.

Maintenant encore, si l'injection parentérale est considérée par certains comme efficace parce que douloureuse, il n'en va pas de même pour les autres malades, ~~surtout~~ ceux qui font appel fréquemment au médicament. Ceux-là exigent de ce dernier qu'il soit presq'impérceptible, tant à la forme, au goût, à l'odeur, qu'à la couleur.

3° Le médicament et l'équipe soignante :

Mais accepter un médicament de qui ? comment ?

Alors que la pratique privée ne met face à face que deux personnages, le médecin et son patient, la psychiâtrie hospitalière fait intervenir comme intermédiaires, le ou les infirmiers qui constituent, avec le médecin, l'équipe soignante.

A vrai dire, dans les hôpitaux psychiâtriques aux structures demeurées asilaires, on peut difficilement parler d'équipe soignante. Equipe suppose adhésion consciente et voulue. L'adhésion nie la hiérarchie. L'esclave a-t-il jamais adhéré autrement que par quelques lambeaux de chair au fouet du maître ?

Le groupe médecin-infirmiers-malade est soumis à des tensions internes ; ces tensions que fait naître l'autorité de type hiérarchique. Aussi, y-a-t-il loin de la prescription du médicament à son administration, et de son administration à son acceptation.

Car, au sein même de l'équipe soignante, le médicament peut être

ferment de dissension. Ici, c'est l'infirmier qui manifeste une certaine opposition à la prescription ; nous nous sommes ainsi aperçus, après avoir soumis quelques malades au 1317 A.N., que le personnel manifestait un certain septicisme, face à notre conviction d'efficacité. Dans cet état d'esprit, comment pourrait-il coopérer aux soins attentifs qu'implique le traitement ?.

Ailleurs, c'est le Médecin qui, souvent, refuse la prescription sadique qu'on voudrait lui suggérer, lorsqu'un malade met en difficulté, en augmentant son anxiété, le personnel infirmier. Au réflexe de contrainte chimique, il préférerait l'entretien oui, seul, permettra de mettre à jour un besoin non encore exprimé.

Il est bien certain, comme le dit BALVET, que, selon sa formation, tel Psychiatre sera plus préoccupé des facteurs humain, tel autre du médicament. Et cela se comprend aisément. Le progrès ne peut se faire que par une sorte de balancement, l'effort portant de préférence sur celle de ces deux préoccupations qui, à une époque donnée, ou dans une situation locale donnée, paraît être la plus négligée.

4° Chimiothérapie et psychothérapie .

Le problème se pose donc de faire cohabiter chimiothérapie et psychothérapie.

Mais quelle psychothérapie ?.

1- Historique -

Psychothérapie signifie soigner par l'esprit et non soigner l'esprit. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une découverte car, dès l'antiquité, MELAMPE d'ARGOS guérit par un mélange de drogues et de poèmes les filles du roi PROWTOS, qui se croyaient changées en vache. Cette manière de faire n'était-elle pas déjà psychothérapique ?.

Plus tard, les traités de GALIEN sur "les passions et les mœurs de l'âme" préfigurent déjà l'ouvrage d'hygiène mentale.

Quelques siècles après, comme le rapporte André BERGE, Avicenne classant l'amour parmi les maladies cérébrales, le diagnostiquait d'après les irrégularités du pouls et inaugurerait la méthode des mots inducteurs réinventée plus récemment par C.G. JUNG.

La révolution psychiatrique, mise en œuvre par PINEL au 19ème siècle

cle, introduisit le facteur "relation humaine" dans la thérapeutique psychiatrique. Et GRASSET a pu codifier aussi la thérapeutique psychologique en ces quelques mots : "persuasion, émotion, suggestion, distraction, foi, prédication". Il y entrait des préoccupations morales et religieuses que JANET souhaitait transformer en entreprise scientifique et spécialisée, animée par une intention thérapeutique précise. Tel fut le point de départ de la psychanalyse freudienne qui marque un tournant dans le traitement des maladies mentales. Elle a donné naissance à plusieurs techniques de psychothérapie.

2- Les psychothérapies -

Les voies psychologiques d'accès à la guérison sont de trois sortes : mécanistes ou explicatives, symptomatiques ou "actualistes", et finalistes :

- mécanistes, c'est-à-dire orientées vers la découverte des causes du mal pour s'efforcer de les rendre caduques en les expliquant.
- actualistes, neutralisant les effets actuels du mal.
- finalistes, tendant à restaurer la continuité du psychisme et le bon fonctionnement libidinal, en offrant à la pensée ou à l'action des buts attrayants, destinés à la fois à stimuler le dynamisme et à harmoniser toutes les tendances de l'être en les faisant converger.

Dans le cadre psychiatrique de type asilaire où se place notre étude, les effets du 1317 A.N., en rétablissant le contact, nous ont permis d'entreprendre une action psychothérapique en combinant la technique mécaniste et la voie finaliste. Mais, compte tenu des structures de l'Institution et de nos propres limites, nous n'avons pu dépasser une approche très superficielle, et limitée à quelques cas (Observations n° 15, n° 25, n° 9, n° 11).

Or, comme l'écrit ACHARENTRE, nous assistons à l'installation d'une époque nouvelle ; "cette époque est celle de la psychothérapie massive, concertée, techniquement abordée. Il s'agit, dès à présent, d'une transformation fondamentale dans la conception que l'on se fait des rapports

entre soignants et soignés ... Les contacts pathologiques sont vécus avec les soignants pour être surpassés, maturés. Ce qui est but, ergothérapie, chimiothérapie ... devient moyen, parfois privilégié, sinon unique, mais seulement moyen dans un programme d'aménagement rationnel ".

On ne peut mieux pressentir l'avènement de la psychothérapie institutionnelle.

VII - CONCLUSIONS

Notre essai thérapeutique a porté sur 38 malades, qui forment un échantillonnage assez varié de maladies mentales.

Il en ressort que la PERIMETAZINE est douée de propriétés comparables à celles des neuroleptiques majeurs. Mais c'est un neuroleptique à la fois sédatif et incisif.

Avec une posologie moyenne, variant de 75 à 100 mg, nous avons obtenu : 50 % de très bons résultats, 35 % d'améliorations nettes, et 10 % de résultats nuls.

Même avec de très fortes doses, les effets secondaires n'ont jamais compromis la poursuite du traitement. La tolérance est toujours restée satisfaisante, même la somnolence qui se manifestait toujours avec les neuroleptiques n'est que transitoire sous 1317 A.N. Le produit semble également actif, aussi bien dans les Psychoses jeunes que dans les Etats névrotiques. Dans tous les cas, l'anxiété et les formes somatiques de l'angoisse régressent sous le traitement. Mais surtout, le contact est très nettement amélioré, voire inauguré, permettant, et même obligeant à un engagement psychothérapique.

Nous ne saurions trop conseiller de l'employer systématiquement tant est bénéfique son action sur l'anxiété et les difficultés d'expression sous-jacentes à toute maladie mentale.

Avec ACHAINTRE, nous pensons que le 1317 A.N. "provoque une modification de la "situation" telle que le malade se trouve ramené à un vécu de tonalité infantile. Cette situation nouvelle modifie le rapport Médecin-malade, est donc soi-même aussi psychothérapie, en même temps qu'elle rend possible une psychothérapie consciente, simultanée ou consécutive".

Les neuroleptiques ont inauguré une thérapeutique efficace en Psychiâtrie. Mais jusqu'ici, ils visaient à réduire les symptômes. La Périmétazine s'adresse, non pas aux symptômes, mais au malade tout entier dans la complexité de son psychisme perturbé. Elle est l'espoir de la psychothérapie sous toutes ses formes qui seule, permettra une vraie guérison c'est-à-dire une réinsertion socio-familiale satisfaisante.

B I B L I O G R A P H I E

Composé 1317 A.N. (9159 R.P.) - PERIMETAZINEACHAINTRE A. -

Le 9159 R.P. - Un neuroleptique qui appelle une action psychothérapique.
Société de Recherches Psychothérapiques de Langue Française - Février
1964 ; - 2 - 11 - 15.

Le 9159 R.P. ou 1317 A.N. : nouvelles perspectives à propos d'un neuro-
leptique original.

Actualités de Thérapeutique Psychiâtrique - 1967 ; 2ème série, p. 186

La Périmétazine (1317 A.N.) un neuroleptique actif qui sollicite l'ac-
tion du milieu thérapeutique.

Communication au congrès de Neuro-Psychiâtrie de Langue Française -
66ème session. Clermont-Ferrand 16-21 Septembre 1968

BERTHIER Ch. - BRISOU J.C. - GRUNTIALER Chr. - CHALABREYSSE -

Considérations sur l'emploi du 9159 R.P. en Psychiâtrie.

Communication faite au Congrès de Psychiâtrie et de Neurologie de Langue
Française - Lausanne : Septembre 1965.

GAYRAL L. - ROUX G. - PUYUELO R. -

Notes sur le neuroleptique 9159 R.P.

Communication faite au Congrès de Psychiâtrie et de Neurologie de Langue
Française (63ème session) - Lausanne - Septembre 1965

GAYRAL L. - TURNIN J. - ROUX G. - FRAY P. -

Emploi de la Périmétazine pour le traitement des troubles du caractère
et du comportement de l'enfant et de l'adolescent.

Communication au Congrès de Neuro-Psychiâtrie de Langue Française -
66ème session - Clermont-Ferrand - 16-21 Septembre 1968

JULOU L. - DUCROT R. - FOURNEL J. - LEAU O. - BARDONE M.C. - MYON J. -

Etude des propriétés pharmacologiques de la méthoxy-3- (hydroxy-4-pipéridyl - 1) - 3 méthyl - 2 propyl - 10 phénothiazine (9159 R.P.).

C.R. Sté Biologie 1966, 160, 1857-1858

LAMBERT P.A. -

De l'évaluation des mécanismes d'action psychologique des neuroleptiques : exemple de la relation médecin-malade au cours d'un traitement par le 9159 R.P.

Société de Psycho-Pharmacologie de Langue Française - Séance du 16 Décembre 1963

LAMBERT P.A. - ACHANTRE A. - BROUSSOLLE P. -

Le 1317 A.N., un médicament qui rappelle une action relationnelle.

Communication à la Vème réunion du C.L.N.P. - Washington - Mars 1966

HERLANT - GAU M.L. -

Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de la Périméthazine (LEPTRYL) - Thèse Médecine Toulouse 1968 (60 p) imp. n° 104

HUGUENARD P. - ROUJAS F. -

Essais anesthésiologiques chez l'homme du 1317 A.N.

10èmes journées d'Agressologie - 17-18-19-20 Octobre 1967

Agressologie - 1968 - 9 - 357 - 363

ROUJAS F. - DUCHESNE M.F. -

Essais cliniques d'une nouvelle Phénothiazine : le 1317 A.N.

1) Ann. Anesth. Franç. - Avril, Mai, Juin 1966 - 7, 2, 455

2) Ann. Anesth. Franç. 1966 - n° spécial 1, 2, 103-109

VERBIZIER (de) J. - SIMEON J. -

Cures de rêves à l'Hôpital Psychiatrique.

Société de recherches psychothérapiques de Langue Française, Février 1964

2 - 19 - 21.

MIALON A. - DU GRES B. - DELEUZE R. -

Premiers résultats de l'emploi en chirurgie d'un nouveau dérivé de la Phénothiazine : le 1317 A.N.

Lyon Chirurgical - Septembre 1967, 63, 760

MIALON A. -

Contribution à l'étude d'un nouveau neuroleptique de synthèse.

Thèse Médecine - Lyon 1966 - Dact. - 83 p.

BALVET -

9159 R.P. (Janvier 1962)

DELEUZE R. -

Résultats provisoires après quelques essais cliniques du 9159 R.P.
(Juillet 1960)

MINIVIELLE J. -

Essai clinique du Composé 1317 A.N. - 1966

NAVIAU -

Expérimentation du 1317 A.N. (1966)

POROT M. - COUADAU A. - PETIT J. - LAJOINIE J. - BOSSON P.

Essais cliniques d'un nouveau neuroleptique le 1317 A.N.

Communication au Congrès de neuro-psychiâtrie de langue française - 66ème session - Clermont-Ferrand 16 - 21 septembre 1968.

SEGUIN M.

Contribution à l'étude d'un nouveau neuroleptique dérivé de la phénothiazine en anesthésiologie.

Thèse "Médecine - Paris 1967. n° 479

TRIDON P. - WEBER M.

Considération sur l'emploi du 1317 A.N. en neuro-psychiâtrie infantile,

Communication au Congrès de neuro-psychiâtrie de langue française - 66ème session; Clermont-Ferrand 16-21 septembre 1968.

DELAY J. - DENIKER P. - LEMPERIERE Th. - GINESTET D. -

Activité en clinique psychiâtrique d'une nouvelle phénothiazine pipéridinée : 1317 A.N.

Communication à la Société Française de Thérapeutique et de Pharmacodynamie - Séance du 15 janvier 1969.

GRIVOIS H.

Psychiâtrie (Chimiothérapie) - les neuroleptiques.

G.M. de France - 25 déc. 1968 - 72, n°32 - p. 6561

ROCCHICCIOLI B. - ALLUAUME R. -

Essai d'un nouveau neuroleptique, la périméthazine en chirurgie digestive majeure.

La Presse Médicale , 26 octobre 1968, 76, n°41, p. 1967 - 1968

GUILMET M. - DELIGNE - MATILLON M.C. - GAUDY J.H.

Etude clinique d'une nouvelle phénothiazine ; application en chirurgie générale.

A paraître dans ; Anesthésie.

T A B L E des M A T I E R E S
- - - - -

I	- INTRODUCTION	p. 1
II	- ETUDE PHARMACOLOGIQUE	p. 4
III	- CONDUITE du TRAITEMENT	p. 11
	- Présentation	p. 12
	- Conduite du traitement	p. 12
	- Matériel Clinique	p. 14
IV	- OBSERVATIONS	p. 15
	- Névroses	p. 16
	- Psychoses	p. 30
	- Etats Mentaux Séniles	p. 54
V	- ANALYSE des RESULTATS	p. 59
	- Résultats - Discussion	p. 60
	- Tolérance - Incidents	p. 62
	- Tableau récapitulatif	p. 63
VI	- PERSPECTIVES PSYCHOTHERAPIQUES	p. 68
VII	- CONCLUSION	p. 74
VIII	- BIBLIOGRAPHIE	p. 76

Edité par : L'ASSOCIATION GENERALE DES ETUDIANTS
EN MEDECINE D'ANGERS .

